

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Баркун Г.К., Клишо В.Е., Лысенко И.М., Журавлева Л.Н.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Герпетическая инфекция (ГИ) у новорожденных может быть проявлением как внутриутробного (врожденная), так и перинатального (интра- и постнатального) инфицирования. При этом может развиваться локализованная и генерализованная формы инфекции. Герпес у новорожденных встречается с частотой 1 случай на 1500-5000 родов. При наличии герпеса гениталий у матери после 32-й недели беременности инфицируется 10 % плодов, а накануне родов - 40-60 % [1].

Врожденная ГИ развивается при гематогенном, реже - при восходящем пути попадания вируса в организм. Но в обоих случаях плод поражается из-за нарушения плацентарного барьера. Внутриутробное инфицирование часто приводит к гибели плода, а поражение плода в ранние сроки беременности - к формированию пороков развития). Если же рождается живой ребенок, то клинические признаки врожденной ГИ проявляются с момента рождения или в первые 24-48 часов после него [2].

Заболевание может проявляться в виде:

1. SEM - синдрома с поражением кожи, глаз и слизистой полости рта. Без своевременного назначения противовирусной терапии эта форма легко переходит в одну из двух других с более тяжелым течением.

2. Генерализованной герпетической инфекции (ГГИ), при которой поражаются внутренние органы и у 67-75% детей - ЦНС.

3. Герпетического энцефалит/менингоэнцефалита (с поражением кожи у 2/3 детей) [2].

Максимальная летальность приходится на диссеминированную форму ГИ - 30-40% (без специфической противовирусной терапии - до 90%) [1,2,3]

При герпетическом энцефалите на фоне адекватного лечения в настоящее время погибает около 6% [2,4].

Врожденная ГИ обычно протекает тяжело, в форме ГГИ и сопровождается поражением кожи, слизистых оболочек, глаз, ЦНС, внутренних органов (печени, легких, надпочечников и т. д.). При выздоровлении возможны остаточные явления: в виде хронических органических поражений органов, вовлеченных в патологический процесс в острый период (микрофатии, гидро- или микроцефалии, хориоретинита, пневмосклероза и т. д.) Неврологические последствия развиваются у 70% детей с ГЭ. Инкубационный период ГИ, приобретенной новорожденным во время или после родов, колеблется от 2 до 30 суток.

Клиническая картина характеризуется синдромами поражения разных органов и систем:

1. респираторного тракта (по типу ОРИ);
2. кожи и слизистых оболочек;

3. ЦНС (угнетение рефлексов новорожденного, особенно сосания и глотания, гипертониионно-ликворный синдром, гипотония, гопорефлексия, апноэ, нарушение терморегуляции, судорожный синдром и т д),

4 внутренних органов (гепатит, гепатолиенальный синдром, пневмония или пульмонит, панкреатит, миокардит, нефрит, надпочечниковая недостаточность и др.);

5 ДВС-синдромом (геморрагическая сыпь, повышенная кровоточивость из эрозий, носа, ушей, в местах инъекций, дегтеобразный стул) [2,3,4].

ЦНС поражается у 30-35% новорожденных, что проявляется в основном на 15-17-й день жизни и характеризуется высокой летальностью (от 30 до 70%). Примерно у половины выживших детей остаются выраженные изменения со стороны ЦНС. Приобретенная ГПИ у новорожденных в большинстве случаев протекает с одновременным поражением ЦНС и внутренних органов. Летальность в данном случае может достигать 80-90% и приближается к абсолютной при отсутствии специфической противогерпетической химиотерапии [1,4].

Диагноз ГПИ подтверждается с помощью классического вирусовыделения на чувствительных клеточных культурах, иммунофлуоресцентным и серологическим методами, использованием современных молекулярно-биологических методов (ПЦР, дот-гибридизация), что позволяет диагностировать всю группу герпесвирусов, включая ВГЧ-6, ВГЧ-7 и ВГЧ-8 типы. Многие исследователи подчеркивают важную роль одновременного использования нескольких методов диагностики.

В качестве скринингового метода при диагностике ГВИ рекомендуется использовать метод ПЦР.

В качестве подтверждающего - метод выделения вируса на чувствительных клеточных культурах. Вирусологический метод является «золотым стандартом» в диагностике герпетической инфекции. Этот метод недоступен большинству медицинских учреждений, так как культивирование с использованием клеточных культур является процессом трудоемким, дорогостоящим, требующим высокой квалификации персонала.

Целью нашего исследования явилось определение клинико-диагностических критериев герпетической инфекции у новорожденных детей.

Материалы и методы. Нами обследовано 85 детей переведенных из родильных домов г. Витебска и области в УЗ «ВДОКБ». Были проведены сбор анамнеза, клиническое и лабораторное обследование больных. Клиническое обследование включало определение неврологического статуса и осмотр врачей смежных специальностей (невролог, окулист, кардиолог и др. по показаниям). В план лабораторного обследования кроме рутинных методов (ОАК, биохимический анализ крови и др.) было включено обследование детей на внутриутробную инфекцию методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Так же детям проводилась нейросонография и по показаниям компьютерная томография головного мозга.

Результаты. Все обследованные дети переводились из роддомов на второй этап выхаживания на 1 – 25 ($10,2 \pm 1,11$) сутки. В исследуемой группе была доношенная и недоношенная дети: срок гестации составлял от 26 до 41 ($34,2 \pm 0,39$) недель. Из 86 детей было 42 девочки и 44 мальчика. Антропометрическое исследование показало, что все детей при рождении был от 950 до 4320 г ($2116,9 \pm 76,68$), длина тела – от 32 до 57 см ($45,11 \pm 0,48$), окружность

головы – от 24 до 36 см ($30,54 \pm 0,28$). Оценка по шкале Апгар при рождении составлял на первой минуте от 1 до 8 баллов ($6,5 \pm 0,14$). 5 детей в течение 5 минут после рождения были переведены на ИВЛ. Продолжительность лечения детей в стационаре колебалась от 4 до 85 ($35,19 \pm 1,8$) дней.

Из 86 обследованных детей у 11 (12,8%) был обнаружен вирус простого герпеса (II тип) методом ПЦР, из них у двоих детей была обнаружена микст-инфекция: ВПГ II типа + микоплазменная инфекция. Все эти больные родились недоношенными и срок гестации составил от 30 до 36 ($32,5 \pm 0,53$) недель. Вес при рождении варьировал от 1300 до 3620 ($1931,8 \pm 186,5$). Оценка по шкале Апгар при рождении от 5 до 8 ($6,27 \pm 0,3$) баллов, при чем асфиксия различной степени тяжести встречалась у 10 (90,9%) из них. Один новорожденный в течение 5 минут после рождения был переведен на ИВЛ. Троим из детей инфицированных ВПГ II типа был выставлен клинический диагноз «Инфекция специфичная для перинатального периода», шестерым – «Энцефалопатия новорожденного гипоксического генеза», по одному – «РДС I типа» и «Синдром новорожденного от матери страдающей сахарным диабетом», ведущим синдромом поражения ЦНС в остром периоде явился синдром угнетения.

Выводы.

1 При обследовании методом ПЦР вирус простого герпеса выявился у 11 из 86 детей, т.е. у каждого 8 ребенка.

2. Все дети родились в асфиксии различной степени тяжести, что свидетельствует о влиянии вируса герпеса на фетоплацентарный комплекс и, как следствие, на внутриутробное развитие плода.

Литература:

- 1 И.Г. Германенко, А.П. Кудин Простой герпес и новые герпесвирусы в патологии человека Минск 2001.
- 2 В.А. Исаков, С.Б. Рыбалкин, М.Г. Романцов. Герпесвирусная инфекция Санкт-Петербург 2006
3. Н.В. Каражас, Н.А. Малышев, Т.Н. Рыбалкина и др. Герпесвирусная инфекция. Эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение Москва 2007
4. А.К. Ткаченко. Современные аспекты клиники, диагностики, лечения внутриутробных инфекций у новорожденных. Минск 2007.